

Katastrofa szpitala jest bardziej medialna od szpitala, który bez fajerwerków porządnie leczy ludzi. W województwie lubuskim wszystkie publiczne szpitale podlegające Urzędowi Marszałkowskiemu mają dodatni wynik finansowy.

Całkowita prywatyzacja nam nie grozi.

Z Waldemarem Taborski, dyrektorem Szpitala Wojewódzkiego w Zielonej Górze rozmawia Krzysztof Chmielnik

Krzysztof Chmielnik - Zaczniemy od zdrowia, czym jest dla Pana. Pieniędźmi, dobrem osobistym, czy może dobrem publicznym?

Waldemar Taborski - Żartobliwie, bo znam co najmniej 20 definicji zdrowia, powiem, że zdrowie to „subiektywny brak choroby”. A na poważnie, zdrowie jest dobrem publicznym, które ma wymierną wartość. Może nie w odniesieniu do jednostki, kogoś kto jest chory, ale do gospodarki. Nie bez powodu wskaźniki rozwoju cywilizacyjnego uwzględniają poziom opieki zdrowotnej i długość życia. Patrząc na zdrowie z ekonomicznego punktu widzenia łatwo zauważyć, że ludzie zdrowi pracują, tworząc dochód narodowy, podczas kiedy chorzy są kosztem dla ekonomii państwa.

Jako dyrektor widzę zdrowie przede wszystkim z ekonomicznej perspektywy, natomiast jako człowiek widzę zdrowie jako dobro osobiste i publiczne. Drugiego aspektu nigdy nie należy tracić z oczu.

KCH - Kto Pana zdaniem powinien zarządzać szpitalem: prawnik, ekonomista, lekarz?

WT - Ja jestem prawnikiem i ekonomistą, dlatego twierdzę, że to dobry układ. Lekarz powinien być lekarzem. Lekarz zostając dyrektorem musi stać się dodatkowo także menadżerem. Nie zawsze się to udaje, a będąc dyrektorem lekarz ma mniej czasu na rozwój zawodowy. W efekcie traci i lekarz i jego pacjenci. Znam co prawda dobrych dyrektorów lekarzy, ale powtarzam, lepiej kiedy dyrektorem nie jest lekarz. Z drugiej strony na dyrektorskim poziomie mało decyzji ma charakter „lekarski”. Zdrowym układem jest akceptacja sytuacji, kiedy o medycznych problemach decydują ordynatorzy. Jeśli dyrektor nie jest lekarzem, o rozwoju szpitala nie decydują jego preferencje zawodowe, a rywalizacja i kreatywność ordynatorów. Dyrektor powinien zapewniać ordynatorom pewną swobodę wyboru ich medycznej wizji działalności oddziałów i dawać im „osłonę” finansową dla tego, co robią dobrze i co jest także korzystne dla szpitala. Szpital leczący dobrze, ale z długami jest moim zdaniem źle zarządzany, a to musi się prędzej czy później skończyć katastrofą.

KCH - Skąd mit, że prywatne lepsze i wiara, że prywatny szpital będzie leczyć lepiej?

Wiele publicznych szpitali dobrze sobie radzi. Fakt, że są i takie, które mają długi, ale media nadmiernie to eksploatują. Katastrofa szpitala jest pewnie bardziej medialna od szpitala, który bez fajerwerków porządnie leczy ludzi. W województwie lubuskim wszystkie publiczne szpitale podlegające Urzędowi Marszałkowskiemu mają dodatni wynik finansowy. A przecież szpitale publiczne są w gorszej sytuacji od prywatnych. Nie mogą wybierać tylko „opłacalnych” procedur medycznych. Muszą pracować całodobowo, mieć oddziały ratunkowe, realizować świadczenia, które nie przynoszą zysku w sensie ekonomicznym, a które wynikają z widzenia zdrowia jako dobra publicznego. Nie mogą sprzedawać usług poza NFZ, mimo, że część pacjentów pyta np. o prywatne operacje.

KCH - Jakie cechy ma Szpital Wojewódzki, że odnosi sukces i ekonomiczny i medyczny?

WT - Powiem o kilku, moim zdaniem, kluczowych cechach. Po pierwsze to wszechstronność. Nasz szpital realizuje wszystkie ważne procedury medyczne na bardzo dobrym poziomie. Po drugie stabilność kadr i zarządzania na szczeblu dykcji, ale także na poziomie ordynatorów. Nieomal każdy z nich ma kilkunastoletni staż jako ordynator. To daje ciągłość rozwoju i niemożność zrzucenia winy na poprzednika, więc trochę jak w przysłowiu, każdy sobie ścieli

tak, aby mógł spać spokojnie. Po trzecie to nie najgorsze zarobki, powiązane z jakością pracy. Po czwarte – ciągłe kształcenie personelu. Po piąte, ciągłe monitorowanie jakości usług i rachunku kosztów. Razem to stwarza dobre warunki do tego co nazwał Pan sukcesem.

KCH - Gdzie jest słabość służby zdrowia w szpitalach czy NFZ, a może w braku odpowiednich regulacji prawnych?

WT - Słabość to może za mocno powiedziane, bo nie jest źle. Problem w końcu nie polega na służbie zdrowia, co w dostępie do niej. Powodem rozmaitych trudności jest nadmierna ingerencja państwa. Na przykład kwestia wynagrodzeń pielęgniarek narzucana odgórnie bez szans uwzględniania stanu finansów konkretnego szpitala. Podobnie z rozliczaniem nadwykonań. Zgodnie w wymogiem narzuconym centralnie 40% wartości tych nadwykonań muszą wypłacać w formie wynagrodzenia, a przecież często leki, użyty sprzęt, zaopatrzenie pacjenta przekraczają 70-80% wartości nadwykonanej medycznej procedury.

KCH - Podobno w Niemczech budżety szpitali są wielokrotnie większe, a składka na ubezpieczenie zdrowotne jest tylko kilka procent większa od polskiej.

WT - Patrząc na to z nieco innej strony. Moi niemieccy koledzy dziwią się, że polskie szpitale mimo tak niskiego finansowania świadczą tak wysoki poziom usług medycznych. Ich to dziwi, a nawet szokuje, co według mnie świadczy, że oni o wiele gorzej jak my zarządzają swoimi szpitalami.

Błędem polskiego systemu ubezpieczeń jest rozdzielenie ubezpieczeń rentowych i emerytalnych od medycznych. Wskutek tego system leczy, ale nie rozlicza skuteczności leczenia.

KCH - Czy można powiedzieć, że NFZ nie jest zainteresowany zdrowiem, tylko obrotem finansowym?

WT - Nie, tego nie można tak stawiać, ale gdyby „zdrowotny” ubezpieczyciel miał świadomość kiepskich skutków leczenia, przejawiających się w postaci podwyższonych świadczeń rentowych, usprawniłby system. A tak każdy oddzielnie robi „koszty”. Nie można zapominać, że dosyć oczywistą miarą jakości leczenia są w jakimś sensie renty, zasiłki chorobowe itp. Budżety ubezpieczeń zdrowotnych i rentowych powinny stanowić nie dwa oddzielne systemy, ale układ naczyń połączonych. Wydasz tu, zaoszczędzisz tam.

KCH - Czy w polskich warunkach dyrektor szpitala może kreować swój produkt, rozwijać się i nie narzekać, że nie ma pieniędzy?

WT - Jasne, że może. Szpital nasz jest tego przykładem. Pozyskujemy fundusze z różnych źródeł: publicznych, lokalnych, transgranicznych, centralnych, prywatnych. To kwestia kreatywności, uporczywości, konsekwencji. Może także wizji rozwoju, może poczucia misji. Ja wiem, czego chcę, jestem uparty i może dlatego jest mi łatwiej, niż innym pozyskać dla szpitala pieniądze. Z drugiej strony ci którzy finansują działalność naszego szpitala muszą być przekonani, że ich pieniądze są wydane racjonalnie. Mam głębokie przekonanie, że jakość „się opłaca”. Szpitale oferujące dobrą jakość świadczeń za sensowne pieniądze nie mają w Polsce problemów. Nawet, jeśli są publiczne.

KCH - Czy outsourcing nie spowoduje, że szpitale staną się ostatecznie wykonawcami procedur nieopłacalnych, najkosztowniejszych i najtrudniejszych, a zarazem mało opłacalnych.?

WT - Może tak, ale trzymamy się tego co tu i teraz. Pewne zadania należy outsourcingować. Sprzątanie, ochronę, catering. To oczywiste. Niekiedy niektóre procedury medyczne, wymagające drogiego sprzętu, jeżeli nie ma się środków własnych na ich zakup lub możliwości ich pełnego „obłożenia” także trzeba zlecać na zewnątrz. Nam się to też zdarza, ale jest również odwrotnie. Tak było na przykład z rezonansem magnetycznym. Żegnamy się

niebawem z firmą, której te badania dotąd zlecaliśmy, bo po pierwsze mamy swoje pieniądze na zakup potrzebnej aparatury, a po drugie pełne „obłożenie” sprzętu, a zatem finansowo na tej operacji zyskamy.

Ale warto trochę więcej powiedzieć o tym, że wiele małych szpitali ma „ambicję” posiadania drogiego sprzętu i realizowania na nim drogich procedur. Te „ambicje”, nie poparte liczbą zlecanych badań czy zabiegów, rodzą finansowe kłopoty tych jednostek. Być może warto w takich małych szpitalach rozważyć outsourcing na drogie i niezbyt powszechne procedury. Lepiej, moim zdaniem, koncentrować środki finansowe w takich miejscach, które mogą zapewnić pełne wykorzystanie drogiego sprzętu. Dlatego nie zamierzam kupować np. gammakamery, bo ta, która jest w Gorzowie wystarcza na całe województwo. Jak mamy pacjenta wymagającego tego sprzętu, zlecamy badanie sąsiadom z Gorzowa.

KCH - Jaki jest roczny budżet szpitala w ZG?

WT - Ok. 150 000 000 zł.

KCH - To całkiem spory rynek. Jest co prywatyzować, ale czy komercjalizacja, nie spowoduje tego samego co stało się z polskim rynkiem cukru, cementu, stali, ze stoczniami, przemysłem samochodowym. Czy polskie szpitale nie staną się filiami chińskich, niemieckich korporacji, a może nawet przybudówkami koncernów farmaceutycznych.

WT - Patrząc na to praktycznie. Mogą istnieć obok siebie dwa systemy. Prywatny i publiczny. Publiczny musi oferować zestaw usług medycznych podstawowych, powszechnie dostępnych. Publiczna służba zdrowia odpowiedzialna jest za bezpieczeństwo zdrowotne państwa. Państwo, czy samorządy lokalne, nie ważne kto, musi tą konieczność wypełniać. Państwo nie może stracić kontroli nad tą sferą. To grozi poważnymi konsekwencjami. Muszą istnieć służby ratunkowe, interweniujące w przypadku katastrof i klęsk żywiołowych, epidemii, masowych zatrąć itp. Część usług powinna trafić na rynek. Ja tu nie widzę zagrożeń, ale muszą być jasno określone granice i reguły gry. Zdrowie jest, jak mówiłem wcześniej, dobrem osobistym i publicznym, a więc jest troską państwa, a nie wyłącznie pacjentów. Całkowita prywatyzacja nigdzie na świecie nie istnieje, zatem nie grozi nam w Polsce.

KCH - W jakiej kondycji finansowej jest Szpital?

WT - W dobrej. Mamy od kilku lat dodatni wynik. Mamy w zasadzie swobodę inwestowania. Naszym najbliższym celem jest poprawa warunków bytowych pacjentów i personelu. Generalnie nie mamy niezłałatwionych tematów. Te, które się pojawiają, rozwiązujemy na bieżąco. Zdobywamy nagrody, certyfikaty, wyróżnienie w rankingach. To potwierdzenie skuteczności naszej pracy, całego zespołu lecznicy.

KCH - A służba zdrowia jako główny temat obecnej debaty politycznej? Co Pan o tym sądzi?

WT - Dyskusja, jaką się toczy o wizję ochrony zdrowia moim zdaniem, wbrew dziennikarzom i politykom, nie dotyczy sytuacji rzeczywistej. To trochę hipotezy, a trochę polityczna gra. W rzeczywistości nie ma zbyt wielu realnych zagrożeń. Prywatyzacja, komercjalizacja, komunalizacja będzie się dokonywała. Zmiany są według mnie czymś naturalnym. To ludzie decydują o efektach działania szpitali, a nie forma prawna. Jeszcze raz powtórzę, moim zdaniem nie ma istotnych zagrożeń obniżenia jakości opieki zdrowotnej w Polsce. Oczywiście pod warunkiem, że państwo nie pozwoli na zupełną utratę kontroli nad zdrowotnym bezpieczeństwem państwa. A to na szczęście nam nie grozi.